

Einwilligungserklärung

Zur Speicherung, Übermittlung und Einholung Ihrer Patientendaten

Angaben zu Ihrem Kind	
Name, Vorname	
Name der Eltern	
Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	
PLZ & Wohnort	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	
Krankenkasse	

Speicherung, Übermittlung und Einholung von Daten

Es kann notwendig werden, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzt*innen übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Hierfür benötigen wir ebenso ihr Einverständnis für das Speichern der persönlichen Daten.

Kinderarztpraxis Dr. Christoph Neuhäuser, Hindenburgstraße 12, 35683 Dillenburg

Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.	☐
Oder (bitte eines der zutreffenden Felder ankreuzen)	
Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzt*innen oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden. (unten den Arztnamen eintragen)	☐

Praxisname(n) mit entsprechender Adresse hier eintragen:

Patientenservice (RECALL)

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie über bestimmte Termine o. ä. z. B. Vorsorgeuntersuchungen- (U-Untersuchungen oder Vorsorge Impftermine für ihr Kind). Wir melden uns dann schriftlich, telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen. Hierzu benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ich willige ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch oder per E-Mail informiert werde.	☐
Nein, ich willige nicht ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail kontaktiert bzw. informiert werde.	☐

Die Einwilligung/ das nichteinwilligen kann zu jederzeit schriftlich von Ihnen widerrufen werden, sprechen Sie uns gerne an

Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit Angehörige(n) oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen.

Angaben zu der von Ihnen ausgewählten Person (Name, Geburtstag)

E-Mail – Kommunikation

Die Verwendung unverschlüsselter E-Mails birgt Risiken wie mangelnde Vertraulichkeit, das Risiko des Datenverlusts und die mögliche Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Abfangen von Daten. Es können nicht alle Risiken ausgeschlossen werden. Dies gilt auch bei der Nutzung unseres digitalen KI-Telefon-assistenten. Die unverschlüsselte Kommunikation ist freiwillig, es entstehen im Rahmen der Behandlung für unsere Patient*innen keinerlei Nachteile. Sollen Sie Ihre Zustimmung widerrufen werden wir über andere Kommunikationswege mit Ihnen kommunizieren

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt und das Praxisteam mich über unverschlüsselte E-Mails kontaktieren dürfen.	☐
Nein, ich stimme nicht zu, dass mein behandelnder Arzt und das Praxisteam mich über unverschlüsselte E-Mails kontaktieren dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass aber dann keine Kommunikation mittels E-Mail mehr erfolgen wird.	☐

Widerruf

Ich wurde von der oben genannten Kinderarztpraxis darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise durch Mitteilung (Schriftlich) meinerseits mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten*in bzw. der gesetzliche Vertreter*in